

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

137

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Février 1896, à 1 heure

Par AUGUSTE REGNIER

Né à Marmagne (Côte-d'Or), le 14 septembre 1861.

Licencié ès sciences,

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MANIFESTATIONS RÉNALES

DE

LA SYPHILIS ACQUISE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Professeur : M. STRAUS.

Agrégés : MM. { GAUCHER.
WURTZ.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

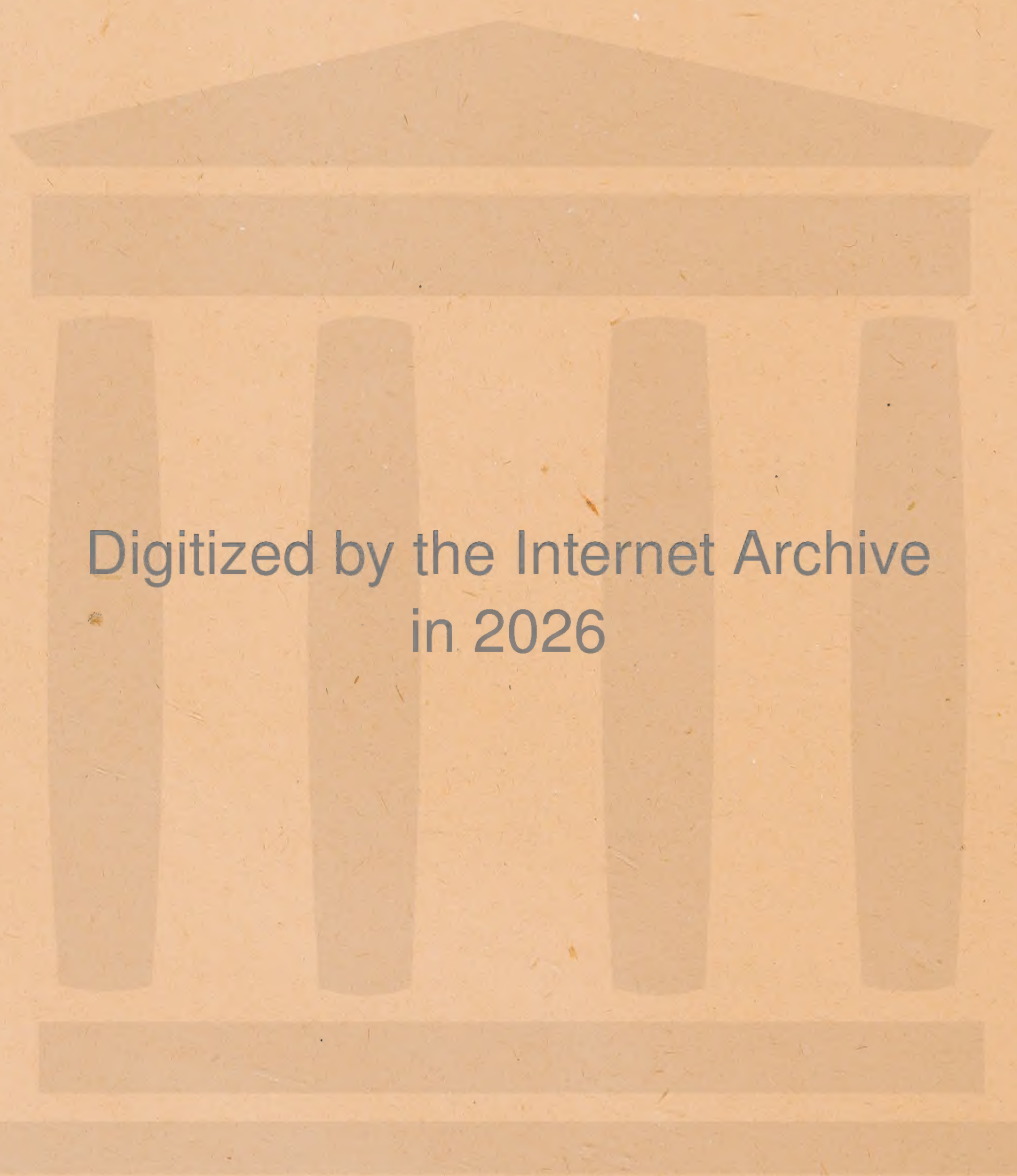
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554011_0027

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Février 1896, à 1 heure

Par AUGUSTE REGNIER

Né à Marmagne (Côte-d'Or), le 14 septembre 1861.

Licencié ès sciences,

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MANIFESTATIONS RÉNALES

DE

LA SYPHILIS ACQUISE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Professeur : M. STRAUS.

Agrégés : MM. { GAUCHER.
WURTZ.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N.....
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUD.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	WALTER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WIDAL.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	RÉTTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVENT.	MARFAN.	ROGER.	
DELBET.	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.



INTRODUCTION



Lorsque M. le docteur Gastou, chef de clinique, adjoint à l'hôpital Saint-Louis, eut l'amabilité de nous proposer, pour sujet de thèse inaugurale, une étude sur les manifestations rénales de la syphilis acquise, nous savions, certes, que la syphilis pouvait attaquer le rein comme elle attaque tous les organes, et cela à toutes ses périodes ; mais nous avions toujours considéré ces néphrites syphilitiques comme excessivement rares, et comme ne devant occuper qu'une toute petite place dans le cadre nosologique.

Les néphrites syphilitiques sont rares, il est vrai, surtout celles qui se manifestent à une période tardive de la syphilis ; mais si l'on réfléchit que, grâce à un traite-

ment approprié, la maladie est souvent guérie d'une façon quelquefois très rapide, en quelque sorte miraculeuse ; alors que la thérapeutique ordinaire des néphrites n'eût donné que de déplorables résultats ; on voit qu'il est de toute importance que la syphilis entre en ligne de compte comme cause étiologique chaque fois que l'on se trouve en présence d'une néphrite ; importance si grande, nous le verrons dans la suite, que nous n'hésitons pas à administrer le traitement spécifique à tout individu syphilitique qui présente des symptômes de lésions rénales.

Nous ne nous occuperons pas, dans ce travail, des manifestations rénales de l'hérédo-syphilis, nous bornerons notre étude aux néphrites apparaissant dans le cours de la syphilis acquise.

Parmi ces dernières, nous distinguerons celles qui apparaissent pendant l'évolution du chancre, ou peu de temps après, pendant la période des manifestations secondaires de la syphilis. On a donné à ces néphrites le nom de néphrites syphilitiques précoces.

Cette période secondaire de la syphilis, peut avoir une plus ou moins longue durée ; longue en général dans la syphilis bénigne, elle devient courte dans les cas de syphilis maligne à poussées de lésions secondaires subintrantes, et aboutissant rapidement au tertiariisme.

M. Mauriac (1) a trouvé dans 23 cas de néphrite

(1) *Mauriac*. Syphilose rénale. Archives de médecine, 1886.

syphilitique dite précoce, une moyenne de six mois et demi, entre l'époque de l'apparition du chancre et celle des symptômes de néphrites.

Nous distinguerons ensuite celles qui apparaissent dans le cours du tertiarisme, à une époque éloignée de l'accident primitif.

On a donné à ces néphrites le nom de néphrites syphilitiques tardives.

Ces mots de précoces et de tardives n'ont aucune valeur absolue, et ne fixent nullement l'âge d'une syphilis.

On pensait, il n'y a pas encore très longtemps, que la syphilis tertiaire apparaissait à la fin de la deuxième année. Mais M. le professeur Fournier, dans une statistique comprenant 3.429 malades, a vu que, fréquemment, des lésions tertiaires, caractérisées par leur plus ou moins grande profondeur, leur tendance désorganisatrice, le monomorphisme des éléments, et le groupement de ces mêmes éléments, survenaient dès la fin de la première année dans les syphilis malignes.

Ces quelques considérations ont une importance pronostique assez considérable : une néphrite syphilitique sera généralement bénigne, si la syphilis qui en est cause est elle-même bénigne ; nous disons généralement, car nous verrons que, dans quelques cas, la syphilis bénigne a provoqué des néphrites graves à terminaison fatale.

De même, une néphrite syphilitique, aura de grandes

chances d'être grave, si elle apparaît dans le cours de manifestations graves de la syphilis.

Si le travail que nous publions, n'apporte que peu de matériaux servant à l'édification du chapitre de la syphilis rénale ; du moins il nous procure le plaisir d'exprimer publiquement nos sentiments de profonde gratitude aux maîtres qui ont dirigé nos études médicales.

D'abord à M. le docteur Gastou chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Louis, pour son accueil toujours si bienveillant et son intarissable obligeance que nous avons si souvent mise à contribution.

A M. le docteur Barth, dont les leçons claires et précises ont facilité nos débuts dans l'étude de la médecine.

A MM. le docteur Delbet, le docteur Demelin, chef de clinique d'accouchements de la rue d'Assas.

A M. le professeur Dieulafoy.

Enfin et surtout à M. le professeur Fournier qui veut bien nous faire l'honneur de présider notre thèse, après nous avoir donné, dans ses brillantes leçons cliniques, un peu de cette science qu'il répand si généreusement autour de lui.

Que M. Kortz, le dévoué proviseur du lycée Montaigne, veuille bien accepter l'hommage de notre vénération et de notre profond respect. Nous n'oublierons jamais, ni les sages conseils qu'il nous a prodigués, ni la bienveillance constante dont il a fait preuve à notre égard pendant le cours de nos études.





HISTORIQUE



M. Horteloup (1), dans un rapport sur quatre observations d'albuminurie survenue chez des syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires, communiquées par M. le docteur Ed. Wickham à la Société de médecine de Paris, s'exprime ainsi :

« L'histoire de la syphilis rénale est toute moderne,
« car, quoique Rayet, il y a plus d'un demi-siècle,
« ait démontré que, contrairement à l'opinion cou-
« rante à cette époque, la syphilis pouvait agir sur
« le rein, il faut reconnaître que si l'on ne pouvait
« nier les gommes du rein, on n'admettait pas d'albu-
« minurie au début de la syphilis, et lorsque les

(1) *Horteloup*. *Annales de dermatologie*, 1886, p. 577.

« premières observations furent publiées, elles ne
« furent acceptées qu'avec beaucoup de méfiance ; des
« cliniciens de grande valeur, des syphiligraphes
« rompus à toutes les difficultés du diagnostic ne
« voulurent voir là qu'une simple coïncidence. Mais
« aujourd'hui l'hésitation n'est pas possible et je crois
« que tout médecin qui voudra étudier les observations
« qui ont été publiées, ne pourra plus mettre en doute
« cet accident de la syphilis, accident rare, je le
« reconnais, mais qui n'est pas douteux. »

Lorsqu'on réfléchit aux difficultés que présente le diagnostic de la néphrite syphilitique, aussi bien à la période secondaire qu'à une époque plus tardive, on comprend que des cliniciens de la valeur de Hardy, Coupland, Barlow, etc., n'aient voulu voir dans la néphrite apparaissant dans le cours de la syphilis qu'une simple coïncidence.

Après Rayer, Ricord, en 1860-61, cite quelques cas de lésions rénales qu'il n'hésite pas à rattacher à la syphilis.

Puis viennent les travaux de M. Lancereaux, puis ceux de M. Cornil, puis ceux de ce dernier auteur en collaboration avec M. Brault, qui apportent une confirmation aux travaux de Rayer.

En 1867, le professeur Perroud, de Lyon, publie deux observations d'albuminurie d'origine syphilitique ; mais nous devons dire que ces deux observations sont peu probantes, car dans chacune d'elles l'albuminurie pourrait être rattachée à une autre cause.

Frerichs, en 1871, pense que si des manifestations

rénales peuvent être attribuées à la syphilis, celle-ci ne contribue au mal de Bright que comme cause de cachexie.

M. Mauriac, dans son livre sur la syphilis tertiaire, nous dit que dès 1869 son attention avait été éveillée par un malade qui avait présenté de l'albuminurie à une époque très rapprochée de l'accident primitif.

En 1878, M. le docteur Descouts présente, dans sa thèse inaugurale une observation non douteuse d'albuminurie syphilitique, survenue à une époque très rapprochée du début de la syphilis (53 jours après l'apparition du chancre).

L'année suivante, Drysdale publie un travail sur la syphilis rénale, et communique l'histoire clinique d'un cas de néphrite syphilitique survenue dix mois après l'apparition du chancre. Puis parurent les travaux de Wagner et de Burkmann (1), dans lesquels ces auteurs publient plusieurs observations de néphrite syphilitique précoce.

M. Barthélemy (2) publie, dans les *Annales de Dermatologie* de 1881, un long article sur quatre observations de néphrite syphilitique survenue aux diverses époques de la syphilis et il conclut en disant : « Les néphrites sont une des complications de toutes les périodes de la syphilis même acquise. »

L'année suivante, Wagner (3) publie huit cas de

(1) *Burkmann*. Deutsche med. Woch., 1880, n° 4.

(2) *Barthélemy*. Ann. de dermat., 1881.

(3) *Wagner*. Deutsche Archiv. für Klinische Med., 1882.

mal de Bright aigu, observés chez des malades atteints d'accidents tertiaires, et, fait remarquable, de syphilides ulcéreuses.

En 1886, M. Horteloup, dans le travail cité en tête de cet historique, sépare très nettement l'albuminurie survenant dans les premiers mois de la syphilis, de celle qui apparaît plus tard dans la deuxième ou troisième année.

La même année, M. Mauriac (1), dans trois articles ayant pour titre « Syphilose du rein », publie une étude approfondie sur les néphrites survenant aux diverses époques de la syphilis.

L'année suivante, M. le professeur Jaccoud (2) publie plusieurs leçons cliniques sur la syphilis rénale.

La même année, MM. Lécorché et Talamon (3) désignent sous le nom de syphilis Brightique précoce, une néphrite diffuse caractérisée par tous les symptômes du mal de Bright.

A partir de cette époque, la néphrite syphilitique précoce semble bien définitivement admise. Cependant, en 1891, M. Welandér (4), tout en reconnaissant la possibilité des néphrites précoces d'origine syphilitique, les considère comme rares : pour cet auteur la plupart des albuminuries, avec cylindres urinaires, proviendraient du traitement mercuriel.

(1) *Mauriac*. Archives générales de médecine, 1^{re} série, t. XVIII.

(2) *Jaccoud*. Leçons cliniques de la Pitié, 1887.

(3) *Lécorché*. Médecine moderne, sept. 1891.

(4) *Welandér*. Separatabdruck von Nord med. Arkiv., t. XXIII.

L'année suivante, M. Schwimmer, au deuxième congrès de dermatologie à Vienne, dit qu'on ne doit pas incriminer le traitement mercuriel dans l'apparition de l'albumine chez des syphilitiques.

En 1893, MM. Hudelo et Darier communiquent, à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, deux observations très probantes de mal de Bright syphilitique précoce terminé par la mort.

Ces deux observations sont l'objet de très judicieuses réflexions de M. le professeur Fournier, réflexions que nous trouverons exprimées aux différents chapitres de l'étiologie, du diagnostic et du pronostic.

La même année, M. Neumann (1), au sujet d'un malade qu'il présente, se demande si la présence de l'albumine, à la phase initiale de la syphilis, n'est pas un phénomène accidentel.

Toujours en 1893, M. le docteur Gastou communique à la Société de dermatologie une observation remarquable à un double point de vue : le malade présentait un chancre géant de l'abdomen et l'albumine était apparue pendant l'évolution du chancre.

L'année suivante, M. Elsenberg (2) publie un très important travail sur les néphrites syphilitiques, en s'occupant plus particulièrement de l'anatomie pathologique et du diagnostic. A peu près en même temps, M. Welandér (3) revient, en y insistant, à ses con-

(1) *Neumann*. Société viennoise de dermatologie, 1893.

(2) *Elsenberg*. Archiv. für dermat. und syphilis, 1894.

(3) *Welandér*. Archiv. für Dermat. und syphilis, 1894.

clusions de 1891 ; il publie de très remarquables expériences ayant trait à l'action du mercure sur le rein des animaux ; il en déduit qu'il ne faut pas rapporter à la syphilis la présence de l'albumine dans l'urine, pendant le traitement mercuriel, mais bien à l'irritation rénale causée par l'élimination du mercure.

Citons encore les thèses inaugurales de MM. Negel (1882), Cohadon (1882), Boukkeieff (1889), Prendergast (1892), Pannetier (1893), de la Faculté de médecine de Paris.





ÉTIOLOGIE



Il y a tout d'abord lieu de se demander si la syphilis attaque directement le rein, ou si elle n'agit que comme cause prédisposante, en diminuant la résistance de l'individu devenu syphilitique.

Nous pensons qu'aujourd'hui la question est définitivement tranchée ; il suffit de lire les nombreuses observations qui ont été publiées pour être convaincu que la syphilis attaque directement le rein et produit, à elle seule, des néphrites.

D'un autre côté, il est certain qu'un individu qui a eu la vérole se trouve, du fait même de cette maladie, et quelquefois du fait du traitement intempestif qu'il a suivi, dans de mauvaises conditions de résistance aux agents pouvant s'attaquer à ses reins.

Cette opinion a pour elle d'illustres patrons ;

Hardy (1), au sujet d'un malade atteint en même temps de roséole et d'albuminurie, se demande si ce malade « n'était pas dans une disposition morbide le rendant plus apte que tout autre à subir l'action des influences pathologiques ».

C'est aussi l'opinion d'Horteloup (2), de Coupland (3). Ces auteurs, tout en soutenant cette façon d'envisager l'étiologie des néphrites apparaissant dans le cours de la syphilis, admettent aussi que la syphilis peut produire à elle seule des néphrites.

Cette action de la syphilis admise, nous allons maintenant examiner de quelle façon cette maladie agit sur le rein.

Nous étudierons cette action d'abord à la période virulente de la syphilis.

Au sujet des albuminuries passagères et sans gravité qui se montrent pendant la période secondaire, Horteloup pense qu'il se passerait du côté du rein un accident comparable à ces ictères survenant au début de la syphilis, ictères dont on ne connaît pas la cause, et que l'on tente d'expliquer par une roséole possible des conduits biliaires, ou par l'émotion que le malade éprouve en apprenant qu'il a contracté la syphilis.

M. Spingler (4), fait aussi observer, au sujet d'un

(1) Hardy. Leçons cliniques, 1879.

(2) Horteloup. Annales de dermatologie, 1886.

(3) Coupland. Société clinique de Londres, janvier 1880.

(4) Spingler. 2^e Congrès de dermatologie et de syphiligraphie, Vienne 1892.

malade atteint de néphrite syphilitique précoce probable, que de violentes émotions peuvent produire de l'albuminurie.

M. Mauriac (1), en 1886, se demande si la syphilis attaque directement le rein comme elle attaque la peau, ou bien si elle n'agit que par l'intermédiaire du sang. En écrivant cette phrase, l'auteur semble être sous l'influence des théories microbiennes.

La proposition précédente revient en effet à se demander si le microbe inconnu de la syphilis attaque directement le rein, ou s'il ne produit son action que par suite de l'élimination par le rein des toxines qu'il produit.

M. le professeur Bouchard admet que la syphilis rénale est une maladie infectieuse, produite par une infiltration des cellules épithéliales par les bactériidies de la syphilis.

M, le professeur Dieulafoy (2), parlant de l'albuminurie légère du début de la syphilis, résume en quelques mots l'état de la question :

« Cette syphilis rénale atténuée, ne se traduisant que
« par l'albuminurie avec ou sans œdèmes, n'a rien
« quidoive nous surprendre, n'observons-nous pas au
« cours d'autres maladies infectieuses, grippe, fièvre
« typhoïde, scarlatine, pneumonie, n'observons-nous
« pas des altérations rénales qui, pendant plusieurs

(1) *Mauriac*. Archives de médecine, 1886, t. XVIII.

(2) *Dieulafoy*. Pathologie interne, édition 1894.

« semaines et même plusieurs mois, ne se traduisent
« également que par l'albuminurie avec ou sans
« œdèmes ? »

Voyons maintenant l'action de la syphilis sur le rein à une période tardive de la maladie; nous pensons avec M. Mauriac (1) que le virus syphilitique subit avec l'âge des modifications qui influent sur les manifestations tardives qu'il produit. Nous ajouterons que le traitement spécifique, du moins l'expérience le prouve, est aussi un puissant modificateur du virus syphilitique.

On aurait alors affaire à un virus atténué, agissant sur le rein de la même manière que le virus à la période secondaire de la maladie, mais d'une façon atténuée, lentement, ne produisant pas de lésions diffuses, ni généralisées, et déterminant de préférence des endartérites des vaisseaux du rein.

De tout temps, les médecins se sont préoccupés de l'action que le traitement mercuriel pouvait avoir sur le rein.

M. Lécorché (2), tout en admettant que la syphilis puisse être cause de néphrite se demande si le mercure n'aurait aucune influence sur la production de cette lésion rénale. M. Mauriac (3) ne le pense pas, et il fonde son opinion sur ce fait, que la néphrite apparaît

(1) *Mauriac*. Archives de médecine, 1886.

(2) *Lécorché*. Ouvrage cité.

(3) *Mauriac*. Ouvrage cité.

souvent, lorsque depuis longtemps le traitement mercuriel est abandonné.

M. Welandér (1) est au contraire très affirmatif en ce qui concerne l'action du mercure sur le rein : « Un traitement mercuriel énergique détermine très souvent la néphrite avec cylindres urinaires, parfois aussi albuminurie, qui surviennent en même temps que la stomatite sous une forme légère ou grave suivant les dispositions individuelles. »

Le même auteur (2), dans un second travail publié en 1894, et se basant sur un grand nombre d'expériences faites sur des animaux, dit qu'on aurait grand tort de considérer la syphilis comme cause de l'albuminurie pendant le traitement mercuriel, c'est l'élimination du mercure par le rein qu'il faut incriminer.

Sans vouloir discuter les expériences de M. Welandér, nous ferons remarquer qu'elles ont été faites sur des animaux et que le mercure a été employé à des doses plus fortes que celles qui sont en usage dans notre thérapeutique ; nous pensons donc que le « très souvent » de la phrase tirée de M. Welandér et reproduite plus haut est un peu exagéré. D'un autre côté, l'opinion de M. Mauriac nous semble un peu trop optimiste ; nous savons en effet par un grand nombre de travaux, parmi lesquels je citerai ceux de Merget, Hallopeau,

(1) *Welandér*. Nord Med. Arkiv., t. XXIII, no 29, 1891.

(2) *Welandér*. Archiv. für dermat. ueber syphilis, 1894.

Balzer et M^{me} Dejérine-Klumpke, Cathelineau, Welander, etc., que le mercure s'accumule surtout dans le foie et dans le rein, et qu'il est en grande partie éliminé par ce dernier organe, probablement à l'état d'albuminate soluble de mercure et de sodium. La filtration de ce toxique à travers le rein doit produire un certain degré d'irritation des épithéliums rénaux. Irritation portée à son maximum dans les cas d'hydrargyrisme aigu, où des autopsies ont permis de constater la dégénérescence granulo-graisseuse et la nécrobiose des épithéliums. Nous sommes donc en droit d'admettre l'absorption du mercure, comme pouvant être cause de lésions rénales.





FRÉQUENCE



Autrefois les néphrites étaient considérées comme des accidents rares de la syphilis, et encore n'admettait-on guère que les néphropathies d'origine tertiaire. Actuellement, ces néphrites ne sont pas considérées comme très rares, et M. le professeur Fournier (1) a pu dire : « Les albuminuries syphilitiques précoces « secondaires sont probablement beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois ; car depuis « quelque temps nous en avons observé toute une « série de cas dans le service. »

Avant 1879, les observations rapportées par Rayet, Lancereaux, Cornil, Perroud, Lécorché, etc., les tra-

(1) *Fournier*. Soc. Franç. de dermat. et de syphilig., 14 déc. 1893.

vaux de M. Fournier avaient attiré l'attention des cliniciens vers les manifestations rénales de la syphilis.

Depuis cette époque, le nombre des observations de syphilis rénale s'est rapidement accru et bientôt cette maladie aura son chapitre bien à part, à côté des autres affections rénales.

D'après les statistiques et les observations publiées, il semble que les néphrites syphilitiques tardives soient plus fréquentes que les néphrites précoces. Cette proposition semble encore bien plus vraie, si l'on considère qu'un certain nombre de manifestations rénales précoces doivent être attribuées au traitement mercuriel, et que d'un autre côté quelques néphropathies syphilitiques tardives, sans autres manifestations extérieures de la syphilis, ne sont pas attribuées à cette maladie, soit parce qu'on n'y pense pas, soit parce qu'on trouve une autre cause étiologique apparente.

D'après Engel, cité par Mauriac (1), sur 16 cas de mal de Bright, il y en aurait 6 qui auraient pour cause la syphilis. Ceci peut être vrai si l'on ne considère que les seuls cas où l'autopsie révèle une dégénérescence amyloïde des reins. Mais dans une statistique générale, comprenant toutes les formes anatomiques du mal de Bright, ce chiffre 6 est très exagéré.

En effet, si nous considérons d'une part, qu'un grand nombre de syphilitiques ne présentent jamais de manifestations tertiaires, soit parce qu'ils ont subi

(1) *Mauriac*. Ouvrage cité.

un traitement prolongé, soit à cause de la bénignité de leur syphilis; que d'autre part, parmi les syphilis qui aboutissent au tertiarisme, il n'en est qu'un très petit nombre s'attaquant au rein; nous voyons combien est relativement petit le nombre des syphilitiques présentant des lésions rénales du fait de leur maladie.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE



M. le professeur Fournier (1), au sujet de deux observations avec autopsie de syphilis rénale, rapportées par MM. Hudelo et Darier, demande à M. Darier « s'il croit que l'on puisse distinguer anatomiquement « une néphrite de nature syphilitique d'une autre « néphrite ? »

M. Darier : « Il n'y a aucun caractère distinctif. « Dans les maladies infectieuses, on observe souvent « des néphrites diffuses qu'il est impossible de diffé- « rencier les unes des autres. Dans la tuberculose « notamment, on connaît aujourd'hui des néphrites

(1) Société de dermatologie et de syphiligraphie, 20 juillet 1893.

« diffuses comparables à ces néphrites aiguës de la syphilis. »

Nous ne nous occuperons donc, dans ce chapitre que de signaler sans les décrire, les lésions rénales observées aux diverses époques de la syphilis.

Les lésions rénales de la néphrite syphilitique précoce peuvent être légères ou profondes. Dans le premier cas elles se manifestent seulement par de l'albumine en assez petite quantité, indiquant au moins une congestion glomérulaire, et par des cylindres provenant des épithéliums des canaux urinifères; mais les urines conservent leur toxicité normale; la fonction dépurative du rein est conservée, l'urémie n'est pas à craindre.

Dans le cas de lésions profondes, ayant entraîné la mort, on trouve à l'autopsie les lésions d'une néphrite diffuse à gros reins blancs, quelquefois rougeâtres ou marbrés de plaques ecchymotiques,

C'est l'élément sécréteur qui semble particulièrement atteint; l'épithélium glandulaire est frappé de dégénérescence granulo-graisseuse. A la coupe, sur la substance corticale, qui a quelquefois triplé d'épaisseur, on aperçoit des glomérules hypertrophiés formant des taches rouges sur un fond blanc ou jaunâtre. Il y a en même temps un œdème aigu de tout l'organe et une diapédèse des globules blancs qui infiltrent le tissu conjonctif, il y a une violente inflammation des capsules et des vaisseaux.

Les urines très diminuées sont très albumineuses et laissent déposer un sédiment où l'on trouve de nom-

breux cylindres ; cette néphrite, nous le verrons au chapitre du pronostic, est souvent guérissable, mais elle peut aussi aboutir au brightisme avec diminution du volume du rein.

Ce sont ces mêmes lésions que nous retrouverons dans la néphrite syphilitique tardive à évolution aiguë ou subaiguë. C'est dans ce cas surtout, d'un diagnostic si difficile, que des lésions spécifiques seraient d'un grand secours au point de vue du diagnostic rétrospectif.

Ces néphrites, comme celles de la période secondaire, peuvent se terminer par le brightisme et l'atrophie rénale après avoir présenté le gros rein mou bigarré.

Dans les néphrites syphilitiques tardives à évolution lente, la lésion rénale aboutit directement au petit rein brightique, granuleux, atrophique, sans passer par la période du gros rein mou.

La dégénérescence amyloïde, fréquente dans les néphrites syphilitiques tardives, accompagne d'ordinaire les formes graves de la syphilis : telles les formes ulcéreuses étendues, les affections osseuses ou articulaires.

Elle non plus ne présente rien de spécifique, car cette lésion est identique à celle que l'on trouve dans les longues suppurations, dans la cachexie tuberculeuse.

Dans 128 cas de dégénérescence amyloïde du rein, M. Cornil (1) attribue 22 fois cette lésion à la syphilis.

(1) *Cornil. Leçons sur la syphilis*, 1879.

Cette dégénérescence amyloïde est en général loin d'être pure; elle se complique presque toujours de néphrite mixte et aboutit finalement à l'atrophie rénale et à l'urémie.

Relativement à la fréquence de ces diverses lésions dans la syphilis rénale, nous citerons la statistique de Bamberger (1) qui, dans 49 cas de néphrite syphilitique tardive probable, a trouvé à l'autopsie :

4 cas de néphrite aiguë ;

29 cas de néphrite subaiguë à gros reins blancs, avec prédominance parenchymateuse ;

26 cas de néphrite chronique, avec prédominance des lésions interstitielles, aboutissant à l'atrophie de l'organe. Il ne parle pas de cas de dégénérescence amyloïde.

Les seules néphrites présentant des lésions spécifiques sont celles qui sont caractérisées par des gommès, des lésions scléreuses ou scléro-gommeuses.

Cependant M. Elsenberg (2) signale, dans les plus petits vaisseaux des reins, présentant les lésions du mal de Bright, des endartérites oblitérantes qui seraient spéciales à la syphilis.

Weigert (3) a trouvé, dans deux cas de syphilis, une atrophie unilatérale avec endartérite des petits vaisseaux.

(1) Bamberger. Wolkmann's samml Klin. Woch.

(2) Elsenberg. Archiv. für dermatologie und syphilis, t. XVIII.

(3) Weigert, Wagner, Key. Cités par Elsenberg, t. XVIII.

Wagner (1) a décrit 6 cas du même genre.

Key (2) a observé dans un cas une atrophie limitée aux parties inférieures des deux reins.

(1) Loco citato.

(2) Loco citato.





SYMPTOMATOLOGIE



La symptomatologie des néphrites syphilitiques est aussi pauvre en caractères spécifiques que les lésions anatomo-pathologiques dont nous venons de nous occuper.

Les symptômes de néphrite syphilitique précoce bénigne se réduisent à peu de chose. Cette néphrite apparaît insidieusement sans grands accidents. On constate seulement une légère albuminurie, et l'examen du sédiment fait découvrir des cylindres ; le malade n'est atteint d'aucun des accidents du brightisme ; quelquefois, cependant, il présente le soir un peu d'œdème des malléoles, et le matin au réveil une légère bouffissure des paupières.

Toute autre est l'allure de la néphrite syphilitique aiguë ou subaiguë. Les prodromes font presque

toujours défaut ; s'il y en a, ils consistent en accès de fièvre, malaise, courbature, troubles digestifs, douleurs lombaires.

Les urines sont souvent rosées ou brunes et contiennent des quantités d'albumine quelquefois considérables. Elles sont en général diminuées et laissent déposer un épais sédiment ; le malade présenté des œdèmes multiples ; il est pâle, anémié, sans force, il est atteint quelquefois de vomissements alimentaires ou bilieux, d'alternatives de diarrhée et de constipation, d'épistaxis, d'épanchement pleural. Du côté du système nerveux, on observe souvent de la céphalalgie, et, si cette situation ne s'améliore pas, on doit craindre l'urémie.

La mort peut survenir du fait de l'urémie, ou être occasionnée par des complications pulmonaires ou gastro-intestinales.

Si un traitement énergique a pu être appliqué, ce qui est souvent très difficile à cause du mauvais état des reins, la néphrite peut guérir ou évoluer vers le brightisme, qui est la forme commune de la néphrite syphilitique tertiaire.

Dans cette forme tardive de la néphrite syphilitique, tous les symptômes s'atténuent, leur évolution se fait lentement. Elle se produit d'une façon moins insidieuse que celle de la période secondaire. Si on constate que le foie, la rate sont malades du fait de la syphilis, il y a lieu de s'inquiéter de la façon dont fonctionne le rein.

De même, les vastes ulcérations syphilitiques sont

une cause de dégénérescence amyloïde du rein. Mais ici les lésions évoluent lentement, le malade n'est pas atteint des grands accidents que nous avons vu éclater à la période secondaire. « C'est en pareille circonstance, écrit M. Dieulafoy, (1) qu'on observe le syphilo-brightisme, caractérisé par quelques-uns des petits accidents du mal de Bright avec ou sans albuminurie. »

M. Dieulafoy (2), a en effet montré, par de nombreuses études cliniques et expérimentales, que dans certaines formes frustes du mal de Bright, il était possible de faire le diagnostic de néphrite avant l'apparition de l'albumine, grâce aux accidents de petite urémie qui constituent les petits symptômes de la maladie de Bright.

Ces néphrites syphilitiques tertiaires, sous l'influence d'une des causes ordinaires des néphrites, telles que le refroidissement, la scarlatine, etc., peuvent passer à l'état aigu et présenter rapidement tous les symptômes de la néphrite aiguë que nous avons étudiée à la période secondaire de la syphilis.

M. Mauriac signale un symptôme important, pouvant faire soupçonner l'existence d'une néphrite : c'est la brusque apparition d'une stomatite pendant le traitement mercuriel, alors que jusque-là celui-ci était bien supporté.

(1) *Dieulafoy*. Pathologie interne, p. 112.

(2) *Dieulafoy*. France médicale, 1877, n° 16. — Gazette hebdomadaire, 1878, n° 4. — Gazette hebdomadaire, 1882, n° 28. — Soc. méd. des hôpitaux, 1886.



DIAGNOSTIC



Lorsqu'un malade présente les symptômes de néphrite que nous venons de résumer sommairement, nous devons nous demander qu'elle est la cause de cette néphrite ?

Le diagnostic de néphrite syphilitique n'est pas en général chose facile ; les causes pouvant produire des néphrites sont en effet si nombreuses, qu'il est bien difficile de les éliminer toutes, et d'arriver en dernière analyse à la syphilis. Mais toutes ces causes étant éliminées, nous devons faire le diagnostic ferme de néphrite syphilitique, sans nous contenter de l'hypothèse d'une simple coïncidence ; c'est ce diagnostic qui dirigera le traitement.

Il est bien évident que le médecin, après avoir fait le diagnostic de néphrite, ne doit pas se tenir pour satis-

fait et appliquer le même traitement pour toutes les lésions rénales; il doit encore, par une sérieuse enquête, rechercher si l'affection rénale n'aurait pas la syphilis pour cause, et toujours penser au grand nombre de syphilis ignorées des malades eux-mêmes.

M. Burckmann (1) pense que la coïncidence de l'albuminurie et de nombreuses manifestations syphilitiques secondaires permet presque d'affirmer le diagnostic de néphrite syphilitique précoce. Donc, si chez un malade présentant des manifestations secondaires de la syphilis, sans autres phénomènes morbides, apparaissent les symptômes d'une néphrite à marche aiguë ou subaiguë, il est presque légitime d'admettre une détermination de la syphilis sur le rein, tout en tenant compte de la part qui peut revenir aux autres facteurs étiologiques. Mais cette part fût-elle grande, nous n'hésiterions pas à instituer le traitement spécifique.

Cette coexistence d'accidents spécifiques avec la néphrite syphilitique précoce, fait quelquefois défaut, et il semble alors que les manifestations rénales aient amené la disparition des autres accidents syphilitiques, de même qu'on voit quelquefois une poussée d'eczéma faire disparaître une bronchite rebelle à tout traitement jusqu'à l'apparition de la manifestation cutanée.

Le diagnostic des néphrites syphilitiques tardives est encore plus difficile que celui des néphrites syphilitiques

(1) *Burckmann*. Ouvrage cité.

précoces; si toutes les manifestations syphilitiques sont terminées depuis longtemps; le médecin qui se trouve en présence d'une néphrite, s'il n'est pas secouru par la mémoire du malade, ne peut établir le diagnostic que par élimination.

Mais, dans ce cas comme dans les néphrites secondaires, les autres manifestations syphilitiques qui accompagnent une néphrite ont une valeur diagnostique indiscutable, surtout si elles sont viscérales et occupent en particulier le foie et la rate. « Les manifestations simultanées sur ces trois organes sont en effet si constantes, qu'elles semblent pathognomoniques de la syphilis. » M. Mauriac (1) de qui est cette citation, considère ces trois organes comme formant une « trilogie pathologique ».

Avant que l'attention des cliniciens ne soit attirée sur l'existence des néphrites syphilitiques, un grand nombre de ces manifestations rénales ont dû passer inaperçues; aujourd'hui, l'examen des urines est pratiqué d'une façon systématique chez tous les syphilitiques; de plus, grâce aux nombreuses publications de M. Dieulafoy, les petits accidents du brightisme, universellement connus et adoptés, permettent eux aussi de dépister une maladie de Bright, alors que le symptôme albuminurie n'existe pas.

Un excellent caractère pouvant éclairer le diagnostic est la rapide amélioration produite par le traitement.

(1) *Mauriac*, Syphilose rénale. Archives de médecine, 1886.

mercuriel et l'iodure de potassium ; c'est même souvent le seul signe sur lequel on puisse appuyer le diagnostic de néphrite syphilitique.

En résumé, le diagnostic de néphrite syphilitique précoce repose sur les antécédents du malade, la coexistence des manifestations secondaires de la syphilis, et les bons effets du traitement mercuriel.

Celui de la néphrite syphilitique tardive s'appuie sur les antécédents, la coexistence de manifestations tertiaires de la syphilis, en particulier la syphilis hépatique, la cachexie syphilitique, les ulcérations syphilitiques, etc., et sur l'action curative de l'iodure de potassium associé au mercure.

Quant au diagnostic des gommes du rein, il est fort difficile, sinon impossible de le faire. M. Elsberg (1) pense qu'il peut être fait pour une gomme rénale en voie de ramollissement. Dans ce cas, chez un syphilitique conservant un bon état général, sans fièvre, sans douleurs dans la région rénale, il survient de l'albuminurie, une urine trouble, sanguinolente, présentant un sédiment contenant du sang, des gouttelettes de graisse, des cellules en voie de nécrose ; toutes ces altérations de l'urine disparaissent rapidement dans le cas de gomme du rein, ce qui ne se produirait pas dans la tuberculose rénale.

(1) *Elsberg*. Archiv. für dermat. und syphilis, t. XXVIII, p. 248.



PRONOSTIC



Quel sera le pronostic de ces diverses formes de néphrites, et que devons-nous attendre du traitement.

L'albuminurie syphilitique du début est généralement bénigne ; sous l'influence du traitement spécifique, l'albumine et les phénomènes indiquant la présence d'une néphrite disparaissent en même temps que les autres manifestations syphilitiques ; c'est seulement dans des cas rares que l'albuminurie persiste après la disparition des symptômes syphilitiques. Albuminurie peu grave et qui se complique rarement des autres symptômes de néphrite.

Pour les néphrites apparaissant un peu plus tard dans le cours de la syphilis, vers la deuxième année de l'infection, nous nous contenterons de citer M. Barthé-

lemy (1) : « Si les néphrites d'origine syphilitique pré-
« sentent toujours une certaine gravité ; si elles ont
« même quelquefois la mort pour conséquence, elles
« ne sont pas fatalement mortelles, elles peuvent
« guérir par le traitement spécifique. »

Les observations de néphrite syphilitique précoce, ayant entraîné la mort, publiées par MM. Mauriac, Labadie-Lagrave et Barthélemy ; celles plus récentes de MM. Hudelo et Darier, Dieulafoy, sont une confirmation du pronostic un peu sombre porté par M. Barthélemy. Mais, règle générale, les néphrites syphilitiques de la période secondaire se terminent par la guérison.

Il n'en est plus de même des néphrites survenant à une période plus avancée de la syphilis ; celles-ci doivent malheureusement être considérées, la plupart du temps, comme le point de départ des néphrites chroniques qui évoluent avec tous les symptômes du brigh-tisme, pour se terminer tôt ou tard par l'urémie.

Nous ferons surtout des réserves pour le pronostic des néphrites apparaissant en même temps que des syphilides ulcéreuses graves par elles-mêmes, et pour celles qui sont consécutives à des lésions d'autres viscères : le foie et la rate par exemple.

Quant aux gommés du rein, nous avons vu qu'il était très difficile, sinon impossible de les reconnaître : et encore, ne peut-on faire que le diagnostic des

(1) *Barthélemy*, Annales de dermatologie, 1881, p. 272.

gommès en voie de ramollissement ; nous arriverons donc toujours trop tard pour appliquer le traitement, à moins qu'un hasard providentiel ne fasse coïncider les lésions rénales avec d'autres lésions d'un diagnostic facile pour lesquelles on institue le traitement.

Le pronostic dépend de l'étendue des lésions ; si celles-ci atteignent un seul rein, la dépuratîon urinaire se fait à peu près convenablement, et tout peut rentrer dans l'ordre lorsque le tissu gommeux nécrosé a été rejeté par les urines : il ne faut toutefois pas trop espérer la guérison si les lésions rénales sont trop avancées, et coïncident avec la syphilis du foie et de la rate.

Nous venons de dire que le pronostic dépendait de l'étendue des lésions, il dépend encore, comme toutes les autres manifestations syphilitiques, de l'âge de la maladie, les néphrites syphilitiques sont d'autant plus graves que la syphilis est plus ancienne.

L'observation empruntée à M. Barthélémy, que nous publions plus loin, en est un exemple. Elles sont encore d'autant plus graves que le traitement spécifique a été appliqué plus tardivement, lors de l'apparition des symptômes de néphrite.

Toutefois, on peut dire d'une façon générale, qu'à égalité de gravité des symptômes, le pronostic de la néphrite d'origine syphilitique est moins grave que celui d'une néphrite ayant une autre cause, puisque nous avons des chances de faire disparaître ces symp-

tômes ou du moins d'en atténuer la gravité par le traitement spécifique.

Nous voyons par ces quelques réflexions que le pronostic est très embarrassant. Le processus de la maladie est bien difficile à prévoir. Les néphrites d'origine syphilitique pouvant être graves à toutes les périodes de la syphilis, le médecin doit être très réservé.

Une autre cause d'erreur dans le pronostic provient des encéphalopathies qui peuvent être dues soit à l'urémie, soit à la syphilis cérébrale, soit à ces deux causes à la fois.





TRAITEMENT



La syphilis se manifeste de façons tellement différentes chez les divers sujets, ceux-ci présentent eux-mêmes des susceptibilités si diverses aux mêmes médicaments, qu'il est impossible de formuler un traitement de la syphilis régulier et méthodique applicable à tous les cas.

La difficulté du traitement s'exagère encore lorsque l'émonctoire rénal, qui, nous l'avons vu, élimine la plus grande partie du mercure absorbé, est lésé; si les lésions sont d'origine syphilitique, le mercure a des chances de les guérir, si elles ont une autre cause, elles ne peuvent qu'être augmentées et provoquer l'hydrargyrisme; en dehors du lait, il n'y a guère de diurétiques que l'on puisse prescrire sans danger, tant est à

craindre l'intoxication médicamenteuse par suite de l'insuffisance de la dépuration rénale.

Considérons d'abord la syphilis rénale de la période secondaire. Dans ce cas, la néphrite aiguë ou subaiguë n'est qu'une localisation de la maladie générale; elle ne réclame presque pas d'autre traitement que celui de cette dernière maladie, il suffira souvent d'insister sur le régime lacté.

Nous ordonnerons donc le sublimé soit sous forme de liqueur de Van Swieten à la dose de 1 à 2 cuillerées à soupe par jour en lui associant l'opium si elle produit des désordres gastro-intestinaux, soit sous forme de pilules de Dupuytren ou de E. Vidal.

Si le tube digestif supporte mal le sublimé, et c'est ce qui arrive souvent, nous prescrirons le proto-iodure de mercure à la dose de 0 gr. 05 centigr. associé à 0 gr. 01 d'extrait thébaïque pour une pilule, 1 ou 2 par jour, pilules du professeur Fournier, on obtient de bons effets du biiodure de mercure à la dose de 1 cent. par jour, administré sous forme de sirop de Gibert.

Pendant tout ce traitement mercuriel et pendant un certain temps après qu'il est terminé, nous ne saurions trop insister sur la nécessité, pour le malade, de prendre de sa bouche les soins les plus minutieux. Nettoyage des dents, frictions des gencives à la poudre de quinquina, lavages souvent répétés de la bouche avec une solution concentrée de chlorate de potasse.

Si le régime lacté ne suffit pas pour assurer la diurèse les meilleurs moyens de l'assurer sont les lavements froids, les bains chauds, l'absorption de tisane de lac-

tose à 50 grammes de lactose par litre, les révulsifs sur la région lombaire autres que les vésicatoires à base de cantharidine.

Contre l'albuminurie, nous emploierons le tannin à la dose de 1 à 2 grammes par jour, le sirop iodo-tannique du codex, le sirop d'iodure de fer.

Ce traitement est encore celui que nous emploierons dans les formes aiguës ou subaiguës des néphrites syphilitiques tardives mixtes à prédominance parenchymateuse, en y ajoutant l'iodure de potassium à doses variables selon la tolérance du sujet.

Dans les néphrites syphilitiques tardives mixtes à prédominance interstitielle, l'albuminurie est un symptôme secondaire. Ce que nous devons surtout surveiller c'est l'état du cœur et des vaisseaux.

Avant tout nous administrerons immédiatement le traitement mixte. Préparations mercurielles, soit, par l'intestin sous les formes indiquées plus haut, soit, sous forme de frictions d'onguent napolitain par la peau, soit par la voie hypodermique, 10 centigrammes de calomel par exemple, tous les huit jours ; et l'iodure de potassium, à doses variables selon les tolérances individuelles, en prenant contre la stomatite tous les soins nécessaires.

A la première période, lorsqu'il y a polyurie et hypertrophie cardiaque, il est inutile d'instituer le régime lacté absolu ; le lait doit cependant former la base de l'alimentation ; le régime doit être très sobre ; pas de viandes noires ou faisandées, pas de mets épicés, pas de boissons alcooliques, l'iodure de

potassium, déjà curatif de la syphilis, diminue la pression artérielle.

Lorsque le cœur faiblit ; que le pouls s'accélère, que les œdèmes apparaissent, on doit donner la digitale, la caféine, la spartéine, instituer le régime lacté absolu, recourir aux purgatifs drastiques.

Le malade, atteint de l'une quelconque de ces formes de néphrites, doit se soumettre autant que possible au repos, garder le lit en cas d'anasarque, éviter les refroidissements.

Nous répéterons ici, ce que nous avons déjà dit au chapitre du diagnostic : C'est qu'il est formellement indiqué d'administrer le traitement spécifique à tous les malades atteints de néphrites dans le cours d'une syphilis, même si l'on trouvait à l'affection rénale les apparences indiquant une autre cause que la syphilis.

En résumé : traitements de la syphilis et de la néphrite combinés ; tel sera, dans la plupart des cas, la thérapeutique applicable à la syphilis rénale.

Nous avons dit, au commencement de ce chapitre, qu'il était impossible de formuler un traitement fixe, applicable à tous les syphilitiques, il en est de même pour celui des néphrites d'origine syphilitique ; celui que nous avons indiqué, est celui que la plupart des malades peuvent suivre.

C'est au médecin d'examiner l'état du tube digestif du malade qui se confie à lui, puis la tolérance de ce malade aux médicaments.





OBSERVATION I (Inédite).

Consultation du Mercredi (Salle Henri IV).

La nommée M... Eugénie, entre au mois d'août 1895, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une éruption de syphilides psoriasiformes tuberculo-squameuses; elle présente en même temps une onyxis syphilitique au début.

A l'examen, en plus de ces lésions, on constate des symptômes de néphrite; la malade a en effet, surtout le soir, de l'œdème des malléoles; une légère bouffissure de la face au réveil du matin; les urines examinées révèlent la présence de l'albumine.

La coïncidence de la néphrite et des lésions cutanées donne à penser que l'on pourrait se trouver en présence d'une néphrite ayant la syphilis pour cause.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires de la malade âgé de 43 ans.

Elle-même, jusqu'à l'âge de 31 ans, a joui d'une santé relativement bonne; cependant, elle s'enrhumait assez facilement, elle dit avoir eu plusieurs bronchites et une congestion pulmonaire, elle se fatiguait facilement.

Elle a eu d'abord deux enfants nés à terme, l'un est actuellement bien portant, l'autre est mort de la poitrine il y a deux ans.

Il y a douze ans, c'est-à-dire à l'âge de 31 ans, la malade dit avoir présenté une éruption d'urticaire ? Elle ne se souvient pas si l'éruption était ou n'était pas accompagnée de prurit violent.

Deux ans après cette éruption, elle est atteinte d'une ulcération de la main, bientôt suivie d'une autre de la jambe, elle est soignée six mois à l'hôpital Saint-Antoine ; elle ne se souvient pas du traitement qu'elle a suivi. 4 ans après l'éruption urticarienne ? elle fait une fausse couche de 6 mois et ne sait pas à quelle cause attribuer cet accident.

L'année suivante deuxième fausse couche de 6 mois également.

Deux ans après elle accouche prématurément d'un fœtus macéré.

Puis elle a deux autres grossesses arrivées toutes deux à terme, et donne naissance à deux enfants bien portants actuellement.

Quoique la malade ne signale depuis dix ans aucun accident cutané pouvant être mis sur le compte de la syphilis ; l'éruption qu'elle a eue il y a douze ans, les ulcérations soignées à Saint-Antoine, les fausses couches répétées, la maladie actuelle surtout, mettent hors de doute que l'on se trouve en présence de la syphilis.

Il y a lieu de croire que cette maladie a été cause de la néphrite.

En effet, dans les antécédents rapportés plus haut, nulle part on ne trouve de symptômes de néphrite, il y a donc coïncidence entre l'apparition de cette dernière maladie et l'éruption de syphilides.

De plus, le traitement spécifique institué aussitôt produisit rapidement une amélioration des symptômes de néphrite, l'al-

bumine finit par disparaître ; la guérison s'est maintenue jusqu'aujourd'hui.

Trailement. — Régime lacté ; une pilule de 10 centigrammes de tannate de mercure ; deux cuillerées à soupe de la solution d'iodure de potassium de l'hôpital Saint-Louis (66 p. 1.000).

La malade sort guérie de sa néphrite, mais l'onxyis persiste et elle reviendra à la consultation du mercredi de la salle Henri IV.

Elle s'y présente en effet le 25 septembre 1895, peu de jours après sa sortie : l'albuminurie n'a pas reparu.

27 septembre. — Nouvel examen des urines, négatif en ce qui concerne l'albumine.

On constate à cette époque, sur les quatre premiers doigts de la main gauche, des taches rouges formant à l'ongle une véritable couronne ; il y a également une inflammation sous unguéale de l'extrémité de chacun des ongles malades

On observe en outre quelques taches rouges sur le médius et l'annulaire de la main droite.

On prescrit une pilule de Dupuytren et deux cuillerées à soupe de la solution d'iodure de potassium.

9 octobre. — Peu d'amélioration des lésions des ongles, on constate qu'il y a de la couperose de la face, la langue est recouverte d'un enduit pultacé, exulcérée en certains endroits en forme de cratère ; l'amygdale droite est énorme ; pas d'albumine dans les urines.

16 octobre. — Persistance de la couperose, sensible amélioration de l'onxyis, l'angine est disparue ; on constate l'existence d'une plaque muqueuse érodée sur la joue gauche.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines. On continue le traitement précédent et on ordonne en outre une cuillerée de sirop iodo-tannique.

6 novembre. — Amélioration légère de la couperose et de

l'onyxis ; on constate l'apparition de syphilides lenticulaires d'aspect purpurique légèrement squameuses par place. Syphilide tuberculo-érosive péri-anale du côté gauche. Pas d'albumine.

Même traitement.

Pansement occlusif des syphilides avec le taffetas de Vigo.

La malade revient à la consultation le 20 novembre, le 4 et le 18 décembre 1895, le 8 janvier 1896 ; les urines n'ont plus présenté d'albumine, mais les lésions cutanées et unguéales sont peu améliorées.

OBSERVATION II.

Communiquée par M. le D^r P. Gastou et insérée dans les *Annales de dermatologie*, 1893.

Le nommé D..., boutonnier, âgé de 47 ans, est entré le 28 novembre 1893, dans le service du professeur Fournier, pour un chancre géant de l'abdomen diagnostiqué par M. le D^r Brocq qui a envoyé le malade.

Ce chancre a débuté il y a quatre mois dans les conditions suivantes : le malade, couvert de phthiriasse, couchait dans un hôtel meublé et avait une légère ulcération provoquée par le grattage d'une vésico-pustule.

Cette exulcération située environ à 2 centimètres au dessus et à gauche de l'ombilic, s'enflamma, et bientôt à sa place se développa une ulcération.

Cette ulcération, à l'entrée du malade dans le service, offrait une forme elliptique de 6 centimètres de long, sur 4 de large. Le fond était constitué par des bourgeons charnus de couleur framboisée et saignant au moindre contact ; les bords

étaient surélevés, durs, à pic, et l'ulcération prise entre deux doigts donnait une sensation manifeste d'induration.

Les ganglions axillaires, surtout du côté gauche, étaient indurés et présentaient manifestement les caractères d'une adénite syphilitique.

Au premier abord ce chancre, à cause de ses dimensions considérables, pouvait conduire à une erreur de diagnostic; mais la présence de l'adénite révélatrice, bientôt suivie de l'apparition d'une roséole, vint montrer qu'il s'agissait bien d'un chancre syphilitique.

En même temps que la roséole apparaissait, les urines devenaient troubles, rouges et rares. Sans autres phénomènes une anasarque généralisée se montra du jour au lendemain, ne respectant que la face et produisant, en même temps qu'une légère ascite, un épanchement séreux peu abondant dans les deux plèvres.

Les urines examinées contenaient 1 gr. 57 d'albumine par litre, et quelques rares cylindres granuleux.

Pas de céphalalgie, pas de troubles digestifs et respiratoires.

L'œdème était surtout accentué aux jambes. Pas de congestion ni d'œdème pulmonaire; pas de bruit de galop ni de petits signes de brightisme. Rien au foie.

Il était hors de doute qu'on se trouvait en présence d'une maladie rénale survenue brusquement. La syphilis était-elle cause de cette maladie?

Le malade n'avait jamais eu d'accidents analogues.

Rien à signaler dans sa jeunesse, si ce n'est une orchite blennorrhagique et une attaque légère de rhumatisme. Il eut l'influenza il y a quatre ans et s'en remit parfaitement.

Il a toujours bu beaucoup d'alcool sans présenter actuellement aucune trace d'éthylisme. Soigné à l'Hôtel-Dieu à la

consultation externe, on lui mit du vigo sur son chancre. Quinze jours après cette application de vigo, il eut des urines rares et troubles sans autres phénomènes, mais cela ne dura pas.

Depuis qu'il est dans le service du professeur Fournier, il a pris pendant quatre ou cinq jours des pilules de Dupuytren. La veille du jour où il s'est mis à enfler il avait pris un bain tiède.

Les antécédents héréditaires de ce malade ne présentent pas grand intérêt.

Son père est mort d'une attaque d'apoplexie, à 67 ans ; sa mère à 78 ans et a eu 5 enfants, dont le malade est le premier. Le deuxième enfant est mort de convulsions à l'âge de 3 ans ; le troisième est une fille vivante et bien portante ; le quatrième, une fille, a vécu trois semaines et la cinquième vit et se porte bien.

L'albuminurie est due à une néphrite que démontrent la présence de l'albumine et des cylindres granuleux.

Les arguments en faveur d'une néphrite secondaire précoce sont nombreux.

1° Contemporanéité, du chancre, de la roséole, de l'albuminurie et des œdèmes ;

2° L'absence de tout accident rénal antérieur ;

3° La bonne influence du traitement ioduré amenant une amélioration rapide des symptômes ; en effet, sous l'influence du régime lacté et d'une dose quotidienne de 3 grammes d'iodure de potassium, les œdèmes disparaissent et la quantité d'albumine tombe de 1 gr. 57 à 0 gr. 30 par litre.

OBSERVATION III

Extraite de la thèse de M. Cohadon, 1882.

X... est entré pour un œdème généralisé et une ascite considérable, le 17 septembre 1881.

Il avait eu à la fin de 1878 un chancre induré dont il guérit après quatre semaines; pas de traitement interne. Bonne santé jusqu'à la fin de 1879.

A cette époque, maux de gorge, plaques muqueuses des joues et des gencives; gargarismes au chlorate de potasse. Ces plaques disparurent après trois mois. En mars 1880, elles reparurent dans la gorge, sur les amygdales, sur la langue et au pourtour de l'anüs.

Pendant sept mois, elles persistent; traité en 1880 par des gargarismes au chlorate de potasse, de l'iodure de potassium et des pilules de protoiodure.

Les plaques disparaissent en août 1880.

La santé reste bonne jusqu'en mai 1881. A cette époque, accès de fièvre qui prennent le malade dans l'après-midi jusqu'au soir; durée quinze jours. Inappétence, il sent pendant son travail une douleur dans la jambe droite, on s'aperçoit qu'elle est enflée; de jour en jour l'œdème augmente, disparaissant le matin pour reparaitre le soir; urines rares et troubles, face bouffie et paupières œdématiées; un peu de céphalalgie, sommeil agité.

Le 31, le malade se met au lit. Œdème des membres inférieurs jusqu'au bas-ventre. Régime lacté, mais l'anasarque fait des progrès et remonte jusqu'au creux épigastrique. Céph-

lalgie, inappétence, vomissements tous les jours. Le malade ne pouvant supporter le lait s'était remis au régime commun.

L'état du malade va en empirant jusqu'au 17 septembre 1881, quand il entra chez M. Grancher, suppléé par M. A. Robin. Anasarque énorme ; ascite. Régime lacté, infusion de Jabonrandi ; le foie est atrophié et les urines albumineuses. M. Robin en fait une néphrite parenchymateuse avec cirrhose, sans songer à la spécificité ; on fait, en plus, comme traitement, une injection de pilocarpine pendant quinze jours. Pas d'amélioration. Albuminurie considérable et constante.

Ponction abdominale fin octobre ; le malade ayant été mis dans le service de M. Rigal, suppléé par M. Robin, on retire 12 litres d'un liquide clair, citrin et albumineux ; au bout de trois semaines, l'ascite a reparu. M. Rigal reprend alors son service et le diagnostic est le même que celui porté par M. Robin. Régime lacté et deux degrés.

Nouvelle ponction en novembre ; même quantité de liquide. Amélioration, mais urines toujours très albumineuses. On songe alors à la syphilis et l'on institue le traitement : iodure de potassium et frictions mercurielles. Amélioration. On suspend les frictions au bout de trois jours et l'iodure au bout de huit, le malade supportant mal ce traitement.

Céphalalgie violente. Bromure de potassium et elle disparaît en huit jours, Sirop de Gibert pendant un mois ; son état s'améliore de jour en jour. On cesse au bout d'un mois, à cause des troubles gastriques.

Aujourd'hui, plus d'œdème, pas de céphalalgie, le malade se lève, bon appétit. Il y a encore de l'albumine dans les urines, mais à l'état de nuage seulement. On recommence les frictions mercurielles en même temps que le sirop iodo-tannique. Urines environ 1 à 2 litres.

OBSERVATION IV

Thèse de doctorat de M. Descoust, 1878.

M. X..., 27 ans. Bonne santé antérieure. Une blennorrhagie il y a sept ans.

Vers le 15 mars, vingt jours après le coït supposé impur léger écoulement urétral, sans phénomènes aigus.

Le 20 avril, chancre induré de la rainure préputiale. Pléiades ganglionnaires dans les aines. Le malade, très affecté, de son état, maigrit et s'affaiblit rapidement, il ne mange pas. Fer, vin de quinquina.

Le 25, roséole intense, croûtes dans les cheveux, ganglions cervicaux, angine localisée aux piliers antérieurs, sans plaques muqueuses, l'anémie s'accroît.

Le 3 juin, la roséole est remplacée par une éruption papulo-squameuse, constipation.

Le 5, crise gastralgique, pas de vomissements.

Le 6, nouvelle crise, consultation de M. Brouardel, fièvre, les furoncles des premiers jours persistent toujours.

Régime lacté, pilules de valériane.

Le 12, urines rares et légèrement verdâtres, pouls à 60. Les phénomènes gastriques et l'anémie persistent.

Le 13, examen des urines : quantité énorme d'albumine. Ce qui a décidé l'examen des urines, c'est que le malade présentait de nombreux furoncles.

Le 14, très grande agitation nocturne, crise gastralgique. Le matin, léger œdème de la paupière gauche, légère bouffissure de la face, grande faiblesse, pouls intermittent, rien au cœur.

Le 15, l'œdème a augmenté, il occupe légèrement les mal-léoles. Consultation de MM. Brouardel, Fournier et de Combarieu et Laurent, médecins militaires.

En présence de la gravité de l'état général et de la grande quantité d'albumine rendue, on essaye le traitement spécifique combiné au régime lacté.

Frictions avec onguent mercuriel double, 4 grammes, et iodure de potassium, 2 grammes en potion.

Le 16, asthénie complète, intermittences, faux pas du cœur, pas de souffle. La bouffissure de la face a diminué, léger œdème du bras et de la main gauches.

Iodure de potassium, 2 grammes; frictions avec onguent mercuriel, 3 grammes; 3 litres de lait coupé d'eau de chaux; eau de Vals.

Le 19, l'œdème a presque disparu, l'appétit revient, 4 litres de lait, constipation et début de stomatite, urines plus claires. Iodure de potassium, 1 gramme; frictions.

Le 21, disparition complète de l'œdème.

Le 22, stomatite intense, on cesse les frictions.

Le 24, constipation opiniâtre, plaques muqueuses sur la face interne de la joue droite, 5 litres de lait.

Le 28, alimentation mixte, peu de vin.

Le 1^{er} juillet, l'état général s'améliore de plus en plus.

Le 2, le malade commence à se lever pendant deux ou trois heures.

Le 9, départ pour le Midi; à l'arrivée, grande faiblesse, mais bon appétit. Stomatite toujours très intense et rebelle au chlorate de potasse; iodure de potassium, 2 grammes. Les frictions ne sont reprises qu'après la guérison de la stomatite.

Le 29, depuis le séjour à la campagne, les forces sont revenues rapidement; on cesse le régime lacté et l'iodure de po-

tassium. La stomatite persiste ; chlorate de potasse et eau de Botot.

Le 10 décembre, le malade de retour à Paris n'a plus eu d'albumine dans les urines ; l'état général est bon ; cependant, la bouche présente toujours un état légèrement inflammatoire.

OBSERVATION V

Burkmann. (*Deutsche med. Woch.*, 1880, n° 4.) Publiée dans les *Annales de Dermatologie*, 1881, p. 774.

J. M..., propriétaire, âgé de 23 ans, de famille parfaitement saine.

Contracte la syphilis en mai 1866.

Manifestations secondaires au mois d'août suivant, néanmoins le malade ne suit aucun traitement.

Fin novembre. — Frissons, malaises, vomissements, œdème des membres inférieurs.

4 décembre. — On procède à l'examen du malade.

Bien bâti, pâle, il présente un érythème papuleux et des macules. Œdème très prononcé à la face et aux pieds ; pas d'ascite, cicatrice indurée au niveau du prépuce ; polyadénite et pharyngite. Céphalée, quelques râles muqueux dans la poitrine. Urine brunâtre très albumineuse.

On institue un traitement diaphorétique.

Convulsions dans la soirée à trois reprises ; à 11 heures, le malade respire avec peine, il tousse et expectore des mucosités mêlées de sang rutilant.

La céphalée augmente, les pupilles sont étroites et réagissent fort peu, l'urine est claire. le malade a vomi des substances brunâtres.

Pouls fréquent. Température : 38°.

On pose le diagnostic : catarrhe, hyperhémie et oedème pulmonaire, suites de néphrites.

Saignée et applications de sinapismes.

A 11 heures 1/2, coma, convulsions cloniques des muscles de la nuque, de la face, des yeux et des bras. Pupilles resserrées, cet accès dure 5 minutes, au bout desquelles le malade reprend connaissance.

Le malade tousse, vomit, le pouls est irrégulier.

Le 5 décembre à 3 heures du matin, nouvel accès plus long que le premier.

A 9 heures du matin, pouls et respiration fréquents, céphalalgie, température au dessus de 38°, matité aux bases en arrière, râles crépitants, respiration bronchique, expectoration sanguinolente, urine peu albumineuse.

Pendant la journée, le pouls est plus régulier et la toux a diminué, on institue des frictions à l'onguent napolitain.

6 décembre. — Le mieux se maintient, la matité et la respiration bronchique sont moindres, l'urine plus abondante contient moins d'albumine, l'oedème des membres inférieurs est cependant plus prononcé.

7 décembre. — Pouls : 60. Etat général beaucoup meilleur, mais un peu d'ascite, on continue les frictions et on donne l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 30 toutes les 5 heures.

8 décembre. — Urines très abondantes, peu d'albumine, sueurs profuses, l'ascite a diminué.

Cette amélioration va croissant jusqu'au 20 décembre.

A cette époque, à peine un peu d'albumine dans l'urine, on prescrit le sirop d'iodure de fer.

Fin décembre. — L'exanthème a disparu, les ganglions sont plus petits, l'urine est légèrement acide et ne contient pas d'albumine.

On ordonne du tannin et du fer.

Au mois de février suivant, nouvelle administration de mercure pendant quelques semaines, au bout de ce temps, le malade fut complètement rétabli.

OBSERVATION VI

(Lécorché et Talamon. *Etudes méd.*)

Syphilis. Dégénérescence amyloïde du foie et des reins.

R..., âgé de 37 ans, entre le 4 décembre 1879. Le malade nie tout accident syphilitique, mais son frère qui l'amène à la maison de santé, nous dit qu'il a eu un chancre induré à l'âge de 22 ans. Le malade a des tibias caractéristiques, déformés, à bord antérieur déchiqueté, à face interne rugueuse et boursouflée. En outre le nez est écrasé et comme enfoncé à sa partie moyenne. Pas d'autres maladies.

En 1872, sans cause connue, sans refroidissement, anasarque généralisée, pendant trois ans il est resté malade, ayant le matin les yeux bouffis, le soir les malléoles enflées.

En 1875, l'œdème ayant envahi le scrotum, il est entré à l'hôpital; on a trouvé alors de l'albumine dans les urines. Il est sorti en février 1876 n'ayant pas d'œdème.

Depuis lors il n'a plus ni gonflement de la face, ni enflure des pieds, légère polakiurie.

Il y a un mois, point de côté à droite, frisson, dyspnée, on l'a traité pour une pleurésie. Depuis lors, il urine peu.

Depuis trois semaines, diarrhée abondante, continue, sept à huit selles en moyenne dans les 24 heures, liquides, jaunâtres ou verdâtres.

Depuis trois semaines aussi la gorge est douloureuse, elle est toujours sèche et il a de la peine à avaler. Pas d'œdème, trois vésicatoires sur le côté droit.

Etat actuel. — Face d'une pâleur de cire caractéristique, mais sans bouffissure. Le doigt imprime à peine un léger godet sur la face interne du tibia. Tousse peu, crachats muco-purulents qui viennent de l'arrière-gorge. Submatité à la base droite, pas de souffle ni d'égophonie ; la respiration s'entend jusqu'en bas, un peu obscure seulement à la partie inférieure. Rien à gauche ni aux sommets.

Foie et rate à l'état normal. Le voile du palais et l'isthme du gosier sont rouges, un peu œdématisés ; sur le milieu du voile du palais, à son insertion à la voûte palatine, on voit trois petites ulcérations, allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, recouvertes d'une mince pellicule grisâtre. Il en existe deux autres arrondies, l'une vers la dernière molaire gauche, l'autre sur le pilier antérieur droit. Le malade se plaint surtout de la gorge ; déglutition difficile, à chaque instant crachats visqueux, adhérents, sanguinolents. Dyspnée très marquée dès qu'il se lève. Battements du cœur un peu irréguliers ; pas de souffle. Bruits de galop à gauche vers la partie moyenne du cœur. Urines rares, précipité abondant d'albumine.

5. — Huit selles en diarrhée depuis hier, sans douleurs.

6. — Le malade est dans un état de demi-torpeur continuelle à moitié somnolent, sans forces, se laissant soulever sans essayer de s'aider.

T. R. — 36.8.

8. — Les ulcérations du voile du palais se sont réunies formant une large plaque recouverte de détritits grisâtres. La voix est éteinte, le malade se plaint de la gorge, il avale avec peine et

respire difficilement par la bouche entr'ouverte, urines très rares, trois à quatre selles en diarrhée.

14. — Le malade a continué à baisser rapidement. Intelligence de plus en plus obtuse, affaissée. Somnolence et torpeur presque [typhiques. Gorge couverte d'ulcérations grisâtres, odeur fétide ammoniacale de l'haleine. Langue sèche encroûtée de sang.

Mort à 11 heures du matin.

Autopsie faite 48 heures après la mort. — Adhérences celluluses peu résistantes dans la base droite. Pas de liquide. Poumons parfaitement sains. Un peu de congestion hypostatique. Péricarde sain. Pas d'hypertrophie du cœur ; parois du ventricule gauche, 15 millimètres d'épaisseur, coloration rouge, normale ; valvules saines ; pas de lésion aortique.

Foie gros, ferme, dur, coloration rouge clair, uniforme. Il est notablement augmenté de volume, très pesant. Un peu de périhépatite à la face convexe.

Rate de volume ordinaire ; couleur violacée ; un peu résistante à la coupe.

Reins : le droit est plus petit que le gauche. Capsule un peu épaissie et adhérente ; pas de kystes ; surface lisse en général, mais présentant quelques sillons. Coloration blanchâtre mêlée de rouge clair ; sur une coupe, la couleur blanc jaunâtre domine ; elle occupe toute la substance corticale qui est épaissie ; la coupe est résistante. Le rein gauche, plus volumineux, offre le même aspect : il est induré, bosselé, irrégulier ; mêmes adhérences de la capsule, même coloration blanchâtre. Rien dans les bassinets ni dans la vessie.

L'estomac est grisâtre, la muqueuse, non plus que celle du gros intestin ou de l'intestin grêle, n'offre aucune lésion appréciable à l'œil nu.

L'examen microscopique des reins, colorés par le violet de

Paris, montre une dégénérescence amyloïde des glomérules et de la plupart des artérioles, qui prennent la teinte rouge caractéristique; néphrite interstitielle avancée dans certains points, plus récente dans d'autres; canalicules remplis de grosses cellules granuleuses et de gouttelettes graisseuses.

OBSERVATION VII (Barthélemy).

Extraite des *Annales de dermatologie*, 1881.

Carin Léopold, âgé de 55 ans. A 18 ans il a eu un écoulement qui a duré trois mois et qui fut traité par des tisanes et des pilules de proto-iodure.

Il entre à l'hôpital dans le service de M. Fournier, le 2 avril 1877. Soigné pour des manifestations non rénales de la syphilis, il sort en octobre 1877 et y rentre en mars 1880.

Il présente bientôt des manifestations cérébrales de la syphilis jusqu'en mai 1880.

Alors apparaissent des oppressions fréquentes, il n'y a pas d'œdèmes mais une légère ascite. Pas d'hydrothorax, mais râles sous-crépitaux perçus en foyers, d'abord à gauche, puis à droite, enfin légère bouffissure du visage.

L'examen des urines révèle une albuminurie considérable, l'urine se prend en masse blanche, d'abord filamenteuse, mais tombant rapidement au fond du vase.

Traitement : Régime lacté absolu.

Iodure de potassium. . . . 5 gr.

Frictions mercurielles. . . 5

Ventouses sèches sur le thorax.

15 mai. — Pas de fièvre. Redoublement de l'oppression et

formation à gauche d'un épanchement pleural. Râles sibilants et sous-crépitaux dans le reste de la poitrine. Souffle et matité à gauche.

A huit heures du soir le malade entre dans le coma et meurt à 4 heures du matin.

Autopsie. — Epanchement dans la plèvre gauche : 1 litre et demi de sérosité transparente. Pas d'ascite.

Reins. — Ils se décortiquent facilement mais on aperçoit à la surface de la substance corticale des noyaux lenticulaires extrêmement abondants, répondant à une dégénérescence granulo-graisseuse accentuée. Cette altération est plus prononcée sur le rein gauche qui est plus petit.

A la coupe, la dégénérescence s'accroît encore, toute la substance corticale qui est très épaisse et mesure plus de deux centimètres dans les points les plus étroits est blanche et dégénérée au point que c'est à peine si au niveau des pyramides on aperçoit encore çà et là les faisceaux rouges des tubes. Dans un seul point la pyramide apparaît nettement. Dans la généralité de l'organe les deux substances sont confondues à l'œil nu. Il n'y a pas trace de foyers caséiformes ni gommeux.

En résumé, l'examen macroscopique fait croire à une néphrite à prédominance parenchymateuse.

M. Balzer pratique l'examen microscopique.

Le rein est atteint de dégénérescence déjà avancée. Les gros vaisseaux sont intacts. La dégénérescence n'atteint que quelques vaisseaux de moyen calibre et les artérioles. La capsule des glomérules est épaisse, fibreuse même à sa partie interne, ce qui diminue le volume de sa cavité.

On a affaire à une néphrite interstitielle généralisée énorme. La dégénérescence amyloïde envahit le tissu fibreux en plusieurs endroits.

Les altérations tubulaires sont également très avancées. Les tubes droits sont comprimés, atrophiés, parfois difficilement reconnaissables.

Presque partout le revêtement épithélial consiste en une bande cellulaire mince, dont les cellules sont généralement granuleuses. On voit donc qu'il s'agit ici d'une néphrite mixte, à la fois interstitielle et épithéliale.

La dégénérescence amyloïde est assez avancée pour dépasser en beaucoup de points l'épaisseur des vaisseaux.

Il est probable que des lésions aussi profondes avaient débuté longtemps avant que le malade ne vint réclamer des soins. Une suppuration prolongée, la tuberculose ne pouvaient être invoquées pour expliquer la dégénérescence amyloïde. Comment ne pas invoquer la syphilis négligée quoique grave. Le cas nous semble concluant.

La néphrite constitue ici un accident tertiaire.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Wagner. Reproduite par Mauriac. (*Archives générales de Méd.*, t. XVIII).

M..., 45 ans, avait eu des accidents secondaires à l'âge de 30 ans et il était devenu albuminurique 15 ans environ après le début de sa syphilis. La néphropathie l'emporta au bout de cinq mois. Il eut de l'hydrothorax, de l'hypertrophie du cœur, de l'agitation nerveuse, diverses manifestations syphilitiques, de la rétinite. Les urines étaient albumineuses.

Autopsie. — Hypertrophie du cœur. Comme de la grosseur d'une pomme dans le foie. Petite gomme dans le rein droit, qui était petit, foncé et lisse. Le rein gauche était gros et

pâle. L'analyse histologique des reins donna les résultats suivants : dans le rein droit, substance corticale infiltrée de beaucoup de noyaux, vaisseaux normaux ;

Tubes urinifères atrophiés ou détruits ;

Glomérules petits et très riches en noyaux ;

Dans le rein gauche, canalicules urinifères élargis, épithélium très graisseux ; glomérules volumineux et injectés, mais quelques-uns petits et à capsule épaisse. Stroma riche en noyaux multipliés récents.





CONCLUSIONS



I. — Les lésions syphilitiques des reins peuvent se montrer à toutes les périodes de la syphilis.

II. — Exception faite des gommès, les lésions anatomiques de la syphilis du rein sont identiques à celles que l'on observe dans les néphrites ayant une autre origine.

III. — La symptomatologie et l'évolution des néphrites d'origine syphilitique, ne diffèrent pas non plus de celles des autres néphrites ; aussi le diagnostic différentiel est-il toujours très difficile ; cependant la coïncidence d'autres accidents syphilitiques ; l'absence de néphrite antérieurement à la syphilis et la rapide amélioration par le traitement spécifique, permettent

presque d'affirmer le diagnostic de néphrite syphilitique.

IV. — Grâce au traitement spécifique, les symptômes présentant la même gravité, les néphrites d'origine syphilitique sont d'un moins mauvais pronostic que les néphrites reconnaissant une autre origine.

V. — Sous l'influence du traitement mercuriel, il se produit quelquefois une irritation du rein, qui peut se traduire par de l'albuminurie, et surtout par des cylindres urinaires.





BIBLIOGRAPHIE

255

- Balzer et M^{me} Déjérine-Klumpke.* -- Revue de médecine, avril 1888.
- Barthélemy.* -- Annales de dermatologie, 1881.
- Bazin.* -- Leçons sur la syphilis et les syphilides, 1866.
- Bouchard.* -- Revue de médecine, août 1881.
- Boukheieff.* -- Thèse de Paris, 1889.
- Burkman.* -- Deutsche med. Woch., 1880, n° 4.
- Cathelineau.* -- Thèse de Paris, 1891.
- Cohadon.* -- Thèse de Paris, 1882,
- Cornil.* -- Leçons sur la syphilis.
- Cornil et Brault.* -- Lésions anatomiques du mal de Bright.
- Coupland.* -- Société de clinique de Londres, janvier 1880.
- Dieulafoy.* -- Pathologie interne. Ed., 1894.
- Drysdale.* -- Albuminurie syphilitique. Brit. med. Journ., 1879.
- Elsenberg.* -- Archiv. für Dermat. und Syphilis, 1894.
- Fournier.* -- Maladies syphilitiques.
- Gastou.* -- Annales de dermatologie, 1893.

- Guiol.* — Thèse de Paris, 1867.
- Hallopeau.* — Thèse d'agrégation, 1878, page 13.
- Hardy.* — Union médicale, 1878.
- Horteloup.* — Annales de dermatologie, 1886.
- Homolle.* — Maladies syphilitiques des reins. Dict. Jaccoud.
- Hudelo et Darier.* — Annales de dermatologie, 1893, pages 260 et 849.
- Jaccoud.* — Leçons cliniques de la Pitié, 1887.
- Key.* — Deux cas de syphilis des reins et du cœur. Hygica, 1877.
- Labadie-Lagrave.* — Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1881, art. Rein.
- Lancereaux.* — Etudes sur les lésions viscérales de la syphilis, Gazette hebdomadaire, 1864.
- Syphilis, 1866.
- Lécorché et Talamon.* — Traité de l'albuminurie et des maladies des reins.
- Etudes médicales, 1881.
- Médecine moderne, septembre 1891.
- Martinet.* — Union médicale, 1881.
- Mauriac.* — Syphilis tertiaire.
- Syphilose des reins. Archives générales de médecine, 1^{re} série, t. XXVIII.
- Négel.* — Thèse de Paris, 1882.
- Neumann.* — Société viennoise de dermatologie, 1892.
- Pannelier.* — Thèse de Paris, 1893.
- Parrot.* — Leçons cliniques sur l'athrepsie, 1877.
- Perroud.* — Journal de médecine de Lyon, 1867.
- Potain.* — Gazette des Hôpitaux, 1878, n° 151.
- Prendergast.* — Thèse de Paris, 1892.
- Raymond.* — Mal. de Bright chez un syphilitique. Progrès médical, 1874.

Rayer. — Traité des maladies des reins.

Wagner. — Deutsche Archiv. für Klinische medicin., 1882.

Welander. — Separatabdruck von Nord Méd. Arch. tome
XXIII.

— Archiv. für Dermat. und Syphilis, 1894.

Weigert. — Maladies des reins.

Vu : par le Président.

FOURNIER.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

